

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

574

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Mr EPRON

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"SUR UN CAS DE TUMEUR VILLEUSE GASTRIQUE"

President: Mr Ch. DEBRAY Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Mr EPRON

né le 8 décembre 1941
au Perreux (Val de Marne)

Le Doyen Honoraire
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

"SUR UN CAS DE TUMEUR VILLEUSE GASTRIQUE"

President: Mr Ch. DEBRAY Professeur

VU
LE PERMISS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS

Mallet.



Le Doyen Honoraire

Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

S. Lamy

Ch. Debray



A mon père, à ma mère

Qu'ils veuillent trouver ici l'expression de toute mon affection et mes remerciements pour les conseils qu'ils m'ont toujours prodigués ainsi que le soutien qu'ils m'ont apporté jusqu'à ce jour.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550212_0057

A ma femme, à mes enfants.

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de chirurgie médicale, d'hydrologie thérapeutique et climatologie à L'hôpital Bichat.

En témoignage de reconnaissance pour avoir accepté la présidence de cette thèse et pour les conseils qu'il a bien voulu me donner. .

A Monsieur le Docteur ROUX

Chef de Service à l'hôpital de Montfermeil

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et qui
m'a fourni l'observation originale.

A Monsieur le Docteur GAKERNANN

Assistant à l'hôpital de Montfermeil

pour l'aide qu'il m'a apporté dans l'élaboration de cette thèse.

A mes maîtres d'externat

INTRODUCTION

-:-:-:-

L'estomac peut être le siège de tumeurs malignes, en général des épithéliomas glandulaires, et de tumeurs bénignes parmi lesquelles on distingue l'adénome, développé aux dépens des glandes gastriques, le schwannome, aux dépens de la tunique neuro-musculaire de l'estomac, le léiomyome, aux dépens de la tunique musculaire, enfin le lipome et le fibrome aux dépens du tissu conjonctif.

Mais il est une sorte de tumeur gastrique, la tumeur vil-
leuse, qu'on ne peut étiqueter précisément.

Ce n'est qu'en 1936 qu'ont été individualisées par Mes-
sieurs CAIN, BRULE, MOULONGUET et AUBRUN les tumeurs villeuses gastri-
ques dont la première étude complète a été faite en 1941 par MARRE.

Notre propos n'est pas d'inscrire les tumeurs villeuses
gastriques dans un cadre nosologique strictement défini mais à l'ai-
de de notre observation clinique, radiologique, anatomopathologique
d'abord, puis de l'exposé d'autres observations, nous allons essayer
d'apporter des arguments en faveur de l'unicité de ces tumeurs et par
là fournir des indications sur le geste thérapeutique à adopter.

LE DOUTE

LE DOUTE DE LA MORT

LE DOUTE DE LA MORT

Le doute de la mort, c'est le doute de la vie, c'est le doute de l'existence, c'est le doute de l'âme, c'est le doute de Dieu, c'est le doute de tout.

Le doute de la mort, c'est le doute de la vie, c'est le doute de l'existence, c'est le doute de l'âme, c'est le doute de Dieu, c'est le doute de tout.

Le doute de la mort, c'est le doute de la vie, c'est le doute de l'existence, c'est le doute de l'âme, c'est le doute de Dieu, c'est le doute de tout.

Le doute de la mort, c'est le doute de la vie, c'est le doute de l'existence, c'est le doute de l'âme, c'est le doute de Dieu, c'est le doute de tout.

Du point de vue biologique, on note :

- des globules rouges à 3 900 000
- des globules blancs à 10 000
- Glycémie à 1 g
- Une vitesse de sédimentation à 22 la première heure
48 à la deuxième heure
- une urée à 0, 10 g/l
- un ionogramme sanguin qui montre une hypokaliémie à 2, 9 meq/l
- hypoprotidémie nette : 52, 5 g/l avec

Albumine 49, 2

Globulines α_1	4
α_2	4
β	13, 5
γ	21, 4

et un rapport $\frac{\text{Albumine}}{\text{Globulines}} = 0, 97$

- Les tests hépatiques étaient peu perturbés

cholestérol total	1, 55 g/l
bilirubine totale	9 g/l
thymol test	8
test de Gros	0, 80
kunkel phénol	80

.../...

test au cadmium 0, 45

- Taux de prothrombine à 100

Les autres examens étaient normaux : électrocardiogramme, fond d'oeil, laryngoscopie.

Un transit oesophago-gastroduodénal datant du 26 novembre 1968 montre :

- du point de vue oesophagien : normal
- en procubitus : reflux gastro-oesophagien spontané
- sur les clichés d'estomac, il existe une image lacunaire médiogastrique polycyclique mobile dont la nature histologique ne peut être précisée radiologiquement.

La gastroscopie du 4 décembre 1968 est faite par le Docteur PAUGAM qui déclare :

" on découvre facilement une tumeur volumineuse, saillante dans la lumière gastrique, polylobée, à contours réguliers, de coloration hétérogène, plus pâle que la muqueuse avoisinante, apparemment implantée au niveau de la face postérieure et basse du corps gastrique. Elle est mobile et la muqueuse avoisinante paraît souple.

Il n'existe pas à son niveau d'aspect hémorragique.

.../...

Conclusion : ce pourrait être une tumeur bénigne du type schwannome sans ulcération visible ".

Nous adressons ce malade dans le service de chirurgie du Docteur SIMON qui l'opère le 13 décembre 1968.

Compte-rendu opératoire (Docteur SIMON)

" Médiane sous ombilicale dépassant un peu l'ombilic en bas. Il existe une hernie de la ligne blanche de la taille d'une noix avec une déhiscence sous jacente d'un diamètre de 2 cm 1/2. Une masse intragastrique située dans la portion verticale, sur la paroi postérieure, près de la grande courbure, vers le tiers moyen du fondus. Les ganglions lymphatiques adjacents sont sains. Pas d'adénopathies. Pas de métastases. Foie pâle, volumineux, d'aspect pré-cirrhotique. Gastrectomie des 3/4 inférieurs passant d'environ 5 cm au dessus de la lésion. Fermeture duodénale au catgut chromé. Anastomose gastro-jéjunale sous mésocolique, polya en 2 plans au catgut. Biopsie du foie. Drainage aspiratif.

L'étude macroscopique montre une tumeur arrondie, sessile, de la taille d'une grosse mandarine.

Microscopiquement : " c'est une excroissance faite d'une

prolifération muqueuse d'architecture tubulée ou surtout papillaire. Le revêtement est régulier, en couche unique d'éléments mucipares. Ca et là on trouve des remaniements inflammatoires avec parfois suppuration. Cependant l'activité mitotique est, par place, assez importante avec tendance à la différenciation et l'on trouve des éléments épithéliaux au delà de la musculaire muqueuse, dans la sous muqueuse, en regard du centre de la lésion. La musculature n'est pas envahie.

En conclusion : c'est l'aspect d'une tumeur villeuse gastrique en cours de transformation épithéliomateuse mais invasive de façon très limitée à la base d'insertion de la lésion ". Docteur B. LOUIS-NOUNEZ - n° 7 415.

Le malade revient dans le service 15 jours après l'intervention :

- Cliniquement : il n'est pas amélioré tout au contraire il présente des céphalées de plus en plus violentes qui nous font pratiquer un électroencéphalogramme qui montre des bouffées lentes tantôt droites, tantôt gauches, très suspect de métastases multiples.

- Biologiquement :

Numération : globules rouges 3 400 000
 Ionogramme sanguin : normal
 Protides totaux : normaux

Ce bacille désirant le reprendre, nous avons laissé sortir le bacille en février 1969 dans un état plus qu'alarmant.

Citons maintenant d'autres observations à l'aide desquelles nous essaierons de tirer quelques conclusions.

Résumé - Cas de cancer de l'estomac

"Le premier cas de cancer vicié de l'estomac".

Annuaire des maladies de l'appareil digestif - Tome 35 ; 231-233 -

Données de l'histoire

I - Clinique

Il y a un mois auparavant par des douleurs épigastriques.

et ensuite un syndrome ulcéreux.

Appétit récente. Elles normales.

Le tonus physique est normal et il n'y a pas d'anémie.

II - Endocrinologique

Une lésion de la partie supérieure du corps gastrique, et

la lésion d'après sa surface.

III - Prognostic

- Le pronostic est : la lésion est viciée et elle est

comme le poing, siégeant presque dans la grande tubérosité, d'aspect cérébriforme, pédiculée et molle. La paroi gastrique n'est pas indurée. Quelques ganglions semblant banaux. On note sur la tumeur quelques zones de sphacèle.

- histologiquement (Professeur DELARUE)

" épithélioma vilieux de métaplasie intestinale ".

D - Traitement

Gastrectomie large.

OBSERVATION IIA. LOUCHET - Ch. DEPRAY - B. DUPERRAT

" Tumeur villositaire bénigne chez un sujet porteur d'un néoplasme médio-gastrique ".

Archives des maladies de l'appareil digestif - Tome 38 ; 266-273 - 1949

Homme de 60 ans

A - Cliniquement

Il présente depuis 3 ans quelques courtes crises douloureuses épigastriques à type de spasmes, de serremments. Ces crises maintenant beaucoup plus nettes, surviennent sur un fond de douleur continue.

L'examen physique est normal.

L'état général est conservé, bien qu'il y ait une déshydratation nette.

Il n'y a pas de signes d'anémie.

Enfin le fait nouveau est l'apparition d'une gêne nettement localisée de siège rétro-xyphoïdien au passage des aliments.

B - Les radiographies

montrent une volumineuse lacune de la partie verticale de

la grande courbure, une masse sous cardiale arrondie, régulière, pour laquelle on pose un diagnostic de tumeur bénigne.

C - La gastroscopie

confirme le diagnostic de néoplasme médiogastrique, presque circulaire, mais ne permet pas de voir la tumeur haute.

D - Anatomopathologie

- aspect macroscopique : énorme néoplasme médiogastrique faisant presque le tour du corps de l'estomac, n'envahissant pas la région sous cardiale, où l'on note une tumeur vilieuse de la taille d'une noix, molle, friable, d'aspect coralliforme. Cette tumeur est sessile.

Enfin, il y a un ganglion de la petite courbure et des adhérences au niveau du mésocolon transverse.

- histologie (Professeur DUPERRAT)

a) le néoplasme est un cancer végétant et infiltrant, parsemé de quelques tâches nécrotiques et présente une triple architecture :

- + des plages différenciées de structure glanduliforme
- + des plages indifférenciées, larges coulées cellulaires avec mitoses

+ à la périphérie, boyaux paucicellulaires ou cellulaires disséminées. Il n'y a aucune structure vilieuse

b) la tumeur vilieuse totalement différente, est faite de franges flexueuses, dont l'axe est centré par un capillaire dilaté, et dont les parois sont tapissées d'une seule assise de cellules cylindriques hautes, non sécrétantes, à noyaux basophiles.

C'est un aspect typique de tumeur vilieuse de nature bénigne.

c) le ganglion est indemne.

E - Traitement

Gastrectomie totale, en élevant le pied de l'oesophage et une partie du mésocolon transverse.

OBSERVATION III

Paul BERT (Gand)

" Un cas de tumeur d'aspect vilieux de l'estomac ".

Acta chirurgica Belga 1950 - Tome 49 ; 902-905

Homme de 67 ans

A - Clinique

Début il y a plusieurs mois avec

- asthénie
- pâleur extrême
- méloena évident lors de l'examen
- pas d'amaigrissement
- examen physique normal.

B - La radiographie

met en évidence une formation tumorale d'aspect polypeux,
la région bulbaire.

C - Anatomie pathologique

Grosse masse molle, pédiculée, située à la face postérieure de l'antre prépylorique.

Il n'y a ni adénopathie, ni adhérence.

D - Histologie (Professeur GOORMAGHTICH)

" La tumeur ressemble à un polype rectal. L'épithélium de revêtement est d'un type unicellulaire, à cellules cylindriques hautes, dont certaines secrètent du mucus ".

E - Traitement

Résection simple de la tumeur.

OBSERVATION IVL. TAIK

" Tumeurs villeuses de l'estomac ".

Revue clinique American medical association of internal medicine 1951
Tome 87 - 560-569.

Premier casHomme de 62 ansA - Clinique

Quelques rares troubles digestifs anciens.

Anémie connue depuis l'âge de 45 ans qui s'est nettement accentuée.

Il y a un méloena occulte.

4 400 000 hématies, teneur en Hb 88%.

Le tubage gastrique montre une achlorhydrie.

B - Radiographie

Elle met en évidence une tumeur polypeuse pédiculée de l'an-

tre de neuf centimètres sur cinq.

C - Anatomopathologie

- aspect macroscopique : grosse tumeur en chou fleur de consistance très douce, implantée par un pédicule assez étroit, siégeant au niveau de l'antre.

La paroi est souple. Pas d'adénopathie.

- histologie : " papillome " présentant des formations irrégulières, glanduliformes en certaines zones.

Structure précancéreuse par place. Il n'y a pas d'infiltration de la paroi.

D - Traitement

Gastrectomie partielle.

OBSERVATION VL. WALK

" Tumeurs villeuses de l'estomac ".

Revue clinique American medical association of internal medecine 1951
Tome 87 - 560-569.

Deuxième casFemme de 69 ansA - Clinique

Hospitalisée pour une cardiopathie ancienne, traitée par 1.
digitaline depuis 20 ans.

Depuis dix à quinze ans, elle présente quelques selles li-
quides.

Amaigrissement de 5 kilos en 6 mois mais la malade s'est
mise elle même à une diète sévère.

Il n'y a pas de symptomatologie gastrique.

L'examen physique est normal.

Numération formule sanguine : 4 100 000 hématies avec une
teneur en Hémoglobine de 78%.

B - La radiographie

montre une formation polypeuse de l'aire prépylorique de quatre centimètres sur cinq, implantée par un pédicule étroit et se projetant dans le bulbe duodéal dilaté.

C - Anatomie pathologique

- aspect macroscopique : tumeur grosse comme un oeuf, molle, douce, pédiculée, s'invaginant dans le duodénum. Aspect en chou fleur. La paroi gastrique est souple.

- histologie : début de dégénérescence en certaines zones. Paroi non infiltrée.

D - Traitement

Gastrectomie partielle.

OBSERVATION VIL. LEGER et F. KANOIN

" Tumeur villeuse de l'estomac ".

(Le dilemme des tumeurs pédiculées du tractus digestif).

Archives des maladies de l'appareil digestif 1953 - Tome 42 ; 1 040
à 1 045.

Homme de 61 ans

A - Clinique

Depuis 6 mois présente un syndrome pseudo-ulcéreux typique avec crampes post-prandiales survenant 4 à 5 heures après les repas, parfois de paroxysmes nocturnes, calmées par l'alimentation.

Anorexie, amaigrissement, vertiges.

Anémie évidente avec 2 500 000 hématies.

Pense souffrir d'une intoxication chronique à l'oxyde de carbone.

.../...

B - Radiologie

Celle ci met en évidence une énorme lacune du segment vertical du corps de l'estomac. Lacune polypée à bords nets.

On pense à une tumeur bénigne.

C - Anatomie pathologique

- aspect macroscopique : tumeur pédiculée de la taille d'une orange, molle, siégeant sur la face postérieure du corps gastrique, de couleur noirâtre.

La paroi est souple. Pas d'adénopathie.

- histologie : des plages d'épithélioma vilieux voisinent avec des zones d'adénome pur. Le pédicule n'est pas envahi et la musculuse est intacte.

D - Traitement

Exérèse localisée par suite du mauvais état général du malade.

OBSERVATION VIIE. NEGRE - GOUDART - J. VERHNET

" Tumeur villeuse gastrique bénigne ".

Compte-rendu de la séance du 14 janvier 1955 de la Société chirurgicale de Montpellier dans le " Montpellier chirurgical " Tome 56.

Femme de 64 ans

A - Cliniquement

Début il y a 8 mois par des signes généraux banaux mais progressifs :

- asthénie profonde sans amaigrissement
- pâleur remarquée par l'entourage
- il n'y a ni anorexie, ni troubles fonctionnels digestifs

mais la malade aurait souvent noté la présence de selles noires

- parfois quelques poussées thermiques à 39° durant 3 à 4 jours.

- Enfin l'examen physique est normal.

Le traitement anti-anémique classique est sans résultat.

.../...

En novembre 1954 :

Globules rouges	3 800 000
Leucocytes	100 000

mais le myélogramme ne révèle qu'une intense activité de régénération cellulaire.

B - Radiologie (Professeur LAMARQUE)

" Image lacunaire de la partie verticale du corps gastrique à quelques centimètres en dessous du cardia, occupant une grosse partie de la grosse tubérosité. Ses contours sont irréguliers, d'aspect frangé. Les parois gastriques ne sont pas altérées, leur mobilité est normale ".

C - GastroscoPie (Docteur GOUDART - 8 décembre 1954)

Elle montre une volumineuse tumeur végétante de la face postérieure de l'estomac un peu en dessous de la poche à air et s'étendant presque au delà de la grande courbure. Elle saigne un peu au contact. L'estomac contient une grande quantité de liquide, des glaires teintées de sang.

La gastrobiopsie étant impossible, on pose l'indication opératoire sur le diagnostic de cancer végétant.

D - Anatomie pathologique

- aspect macroscopique :

à l'intervention, l'estomac est souple. Il n'y a ni adhérence, ni adénopathie. La tumeur grosse comme une orange est molle et très mobile, de teinte rouge sombre, d'aspect chevelu, velvétique, en anémone de mer. Elle s'insère sur la face postérieure de l'estomac, à deux centimètres en dessous du cardia, par un pédicule étroit, long de trois centimètres sur la paroi. Celle ci est souple à son contact.

- histologiquement :

il s'agit d'une " tumeur villeuse typique " à stroma très vasculaire, parfois angiomateux, ne présentant pas de signes de dégénérescence maligne.

Les auteurs précisent que l'examen histologique a porté sur des coupes en série de toute la tumeur, y compris son pédicule et la paroi.

E - Traitement

Résection simple autour du pédicule en passant dans la paroi musculaire et à 2 centimètres de la base d'implantation. On enlève en même temps une énorme vésicule biliaire.

OBSERVATION VIIIGOUDART - NEGRE - LOUBATIERES

" Tumeur villositaire en voie de dégénérescence étroitement localisée ".

Archives des maladies de l'appareil digestif 1957 - Tome 46 n° 1 et pages 35 à 43.

Homme de 60 ans, vue le 20 juillet 1955 par le Docteur GOUDART.

A - Clinique

Anorexie relative depuis le mois de mars avec amaigrissement de 6 kilogrammes.

Le seul signe digestif est une impression presque constante d'estomac vide depuis avril 1955.

L'examen physique est normal.

Un hémogramme fait alors montre :

- 3 750 000 hématies avec une valeur globulaire à 1,08
- 5 200 leucocytes.

B - Radiologie

On voit dès le début de la réplétion une très grosse image

lacunaire, siégeant sur les deux tiers inférieurs de la portion verticale du corps de l'estomac.

Cette image, constituée de masses polylobées réapparaît très nettement sous compression. Elle semble devoir se rattacher à deux tumeurs superposées, relativement mobiles. Elle déborde sur la petite courbure dont le bord semble intact. Les contractions de la région centro-pylorique et la vidange gastrique sont normales.

Tout ceci évoque donc une tumeur bénigne de l'estomac.

C - GastroscoPie (Docteur GOUDART)

Fait le 28 juillet 1955 avec le gastroscope opératoire de Bénédict.

La grosse tubérosité semble normale. Immédiatement en dessous d'elle, on voit une grosse masse de teinte grise-rosée, multilobée, en chou fleur, paraissant remplir tout le corps gastrique.

Les bourgeons proximaux, coralliforme et à la surface irrégulière, sont recouverts par place d'un exsudat crémeux. La tumeur est implantée sur la face postérieure.

Sur une grosse digitation existe une surface plane de teinte plus terne, arrondie irrégulièrement, de 2 centimètres cinq de diamètre. Elle est parsemée de petites ulcérations saignotantes.

Une biopsie à la pince coupante est faite en cette zone, montrant un début de dégénérescence.

D - Anatomie pathologique

- aspect macroscopique : à l'intervention, on loca-

lise facilement les deux masses. La tumeur supérieure, molle, grosse comme une orange, s'implante sur la face postérieure de l'estomac, par un large pédicule. En dessous d'elle, on perçoit une autre tumeur de la taille d'une grosse amande semblant enchassée dans la paroi. Enfin, il y a de nombreux ganglions fermes dans les chaînes coronaires et gastro-épiploïques.

La grosse tumeur, haute située, a un aspect en chou fleur avec une petite zone nécrotique localisée, de la taille d'une pièce de dix francs. La masse inférieure a un aspect muciforme.

- histologie (Docteur LOUBATIERES)

La grande tumeur proximale étudiée sur de nombreuses coupes, est faite d'axes conjonctivo-vasculaires recouverts d'une muqueuse cylindrique.

Au niveau de la zone de nécrose, cette architecture est détruite. A la périphérie de cette zone la muqueuse est en voie de dégénérescence : anomalies cellulaires avec monstruosité nucléaires et mitoses atypiques. Le stroma est le siège d'une très importante infiltration granulo-histio-plasmocytaire. La musculaire n'est pas atteinte. Il n'y a pas d'argentophilie spéciale des cellules tumorales. Il s'agit d'un polype vilieux de l'estomac en voie de dégénérescence.

La petite formation basse est elle même un polyadénome muciforme sans caractère de malignité.

Les ganglions prélevés sont indemmes de tout envahissement métastatique.

E - Traitement

Gastrectomie totale.

OBSERVATION IXJ. SEVEQUE et Ch. CHATELIN

" Tumeur villose dégénérée ".

Journal de chirurgie 1957 - Tome 74 ; 221-230

Homme de 73 ans entrant le 3 mars 1957 à l'hôpital Vaugirard pour méloena.

A - Clinique

Depuis 8 mois, le malade se plaignait d'éructations avec digestions lentes et pénibles. Parfois quelques diarrhées avec impression de faux besoins.

Pas de douleurs abdominales. Pas de vomissements.

L'examen physique est normal.

Le toucher rectal ne montre rien.

Enfin, le malade a fait la veille un méloena d'importance moyenne et présente une anémie évidente cliniquement.

B - Les radiographies

montrent une tumeur allongée transversalement de la région

pylorique, à contours polycycliques, paraissant évoquer, avec quelques réserves, l'idée d'une tumeur bénigne de l'estomac.

C - La gastroscopie

met en évidence une tumeur villeuse sans pouvoir préciser sa nature histologique.

D - Anatomopathologie

- A l'intervention, on trouve une masse mollassse, très mobile, sans aucune adénopathie.

- A l'ouverture de l'estomac, on remarque que cette masse est double, constituée par deux formations de 6 centimètres sur 3, s'insérant par un pédicule sur la muqueuse de la face postérieure de l'estomac.

- L'histologie montre un aspect vilieux typique mais il y a un épithélioma cylindrique de la base des villosités, avec dissociation de la musculature.

E - Traitement

En deux temps :

Exérèse localisée puis réintervention par gastrectomie type PEAN, sur les résultats de l'examen histologique. Un nouvel examen de la muqueuse autour du pédicule montrait encore quelques éléments néoplasiques.

OBSERVATION XJ. SENEQUE et Ch. CHATELIN

" Tumeur villeuse dégénérée "

Journal de chirurgie 1957 - Tome 74 ; 221-230

Femme de 57 ans entrant pour altération de l'état général avec troubles digestifs.

A - Clinique

Depuis de nombreuses années, elle présente des crises de sténose intermittente du pylore, avec vomissements sanglants. Ces crises, post-prandiales, rares au début, sont maintenant très fréquentes.

La malade a perdu 10 kilogrammes et ne mange plus. Enfin ces vomissements précoces sont couleur marc de café, avec des traces rouges.

L'examen physique est normal, ne montrant même pas de signes de sténose.

B - Sur les radiographies

on voit une masse polycyclique de la taille d'une noix dans

la région prépylorique. Elle est fixée sur la petite courbure où il existe une légère raideur locale.

C - Anatomopathologie

Tumeur pédiculée et mobile, infiltrante mais n'atteignant pas la séreuse ni la musculuse.

Il n'y a pas de métastases viscérales.

- Histologiquement : carcinome atypique où l'on trouve par place des aspects de tumeur villeuse non dégénérée. Deux petits ganglions coronaires ne présentent que des lésions inflammatoires.

D - Traitement

Gastrectomie des deux tiers, en enlevant le grand épiplo-

OBSERVATION XIP. HILLEMAND et G. LEYMARID

" A propos d'un cas de tumeur vilieuse de l'estomac ".

Bulletin et mémoires de la société médicale des Hôpitaux de Paris.
Séance du 23 janvier 1959 - 1 et 2 ; pages 91-101.

Femme de 69 ans entrant pour altération de l'état général avec symptomatologie digestive.

A - Clinique

Deruis 4 mois, elle souffre de brûlures épigastriques post-prandiales sans rythmicité.

Amaigrissement sans anorexie.

Pas de méloena évident bien que deux numérations formule sanguine successives aient montré 3 300 000 puis 2 700 000 hématies.

B - Radiologie

Lacune circulaire antrale, constante, encochant petite

et grande courbure. Cette lésion sténosante paraît diaphragmer l'antre.

C - Gastroskopie

Elle montre d'une part une ulcération bourgeonnante du pilier antérieur de l'antre, d'autre part, sur le second versant de ce même pilier, une végétation régulière, polypoïde, d'aspect bénin.

D - Anatomie pathologique

- La petite végétation polypeuse est une tumeur villeuse en voie de dégénérescence.

- La lésion principale est un épithélioma liéberkuhnien végétant, d'un type banal. Il infiltre toute la paroi y compris la séreuse, et un ganglion est pris de façon massive.

E - Traitement

Gastrectomie subtotale des deux tiers.

OBSERVATION XIIA. MOLINIER et H. GRAN

" Tumeur villositaire gastrique avec métastases ganglionnaires et hépatiques. Guérison apparente trois ans et demi après gastrectomie ".

Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris -
1959 - 1 et 2 ; page 170.

Homme de 67 ans, ayant un long passé digestif.

A - Clinique

Depuis 12 ans, il présente une diarrhée chronique sans caractères particuliers, soignée sans succès. Depuis deux ans, aggravation de cette diarrhée avec asthénie et amaigrissement de 18 kilogrammes.

Anémie à 3 600 000 hématies.

Radiographies du colon normales.

Quelques amibes en 1955 font instaurer, sans succès, un traitement éméthinien.

A l'examen physique, le malade blaffard montre un oedème blanc et mou des membres inférieurs. Le foie déborde de 3 travers de doigt.

.../...

Au moment où les auteurs voient ce malade, l'anémie est à 3 000 000, la vitesse de sédimentation accélérée, l'épreuve à la bromo-sulfone-phtaléine est perturbée. Il y a une hypo-albuminémie globale. Enfin, le malade n'a jamais souffert de l'estomac et a toujours conservé bon appétit.

B - Radiologie

Vaste image lacunaire antrale n'altérant pas la contractibilité des parois, l'évacuation gastrique est normale. Sous compression elle paraît finement imprégnée de débris barytés.

C - Anatomie pathologique

Tumeur pédiculée, grosse comme le poing, implantée sur la petite courbure antrale. Elle évoque immédiatement le caractère vilieux et présente une ulcération en surface.

On trouve trois taches blanches sur le parenchyme hépatique et il y a de nombreux ganglions.

- Histologie : il s'agit d'une tumeur vilieuse dégénérée, et tous les ganglions sont envahis.

D - Traitement et ses suites

Trois ans et demi après gastrectomie, le malade a repris 12 kilogrammes.

L'hémogramme est normal, mais le foie déborde encore les fausses côtes.

OBSERVATION XIII

J. POULAIN (Bayeux)

" Tumeur villeuse de l'estomac ".

Présentée aux confrontations radio-anatomo cliniques de l'hôpital Vaugirard et publiée dans la Presse médicale - 1959 - Tome 67 ; n° 51.

Femme de 77 ans

A - Clinique

Hématémèse et méloena ayant entraîné une anémie à 2 500 000 hématies, avec un taux d'hémoglobine de cinquante pour cent.

Continuité des hémorragies.

B - Radiologie

Lacune bien limitée, associée à des déformations constantes de la petite courbure.

C - Anatomie pathologique

Deux tumeurs principales :

- une sur la petite courbure, c'est une tumeur vilieuse bénigne entourée de nombreuses autres petites tumeurs secondaires, également bénignes.

- au niveau de l'antre, une tumeur vilieuse dégénérée, avec adénopathie coronaire néoplasique.

D - Traitement

Gastrectomie des deux tiers.

OBSERVATION XIVJ. BAUMEL

" Tumeur villeuse gastrique non dégénérée ".

Archives des maladies de l'appareil digestif - 1960 - Tome 49
n° 12 ; 1 711-1 715.

A - Clinique

Ballonnements post-prandiaux depuis plus de 30 ans. Long-temps épisodiques, ils se sont aggravés depuis un an. Il y a des renvois non acides. Enfin, il n'y a pas d'autres signes fonctionnels.

L'examen physique ne montre qu'une discrète sensibilité de la fosse iliaque droite. Il y a un léger oedème du membre inférieur droit où se trouve une plaie variqueuse ancienne. Enfin, il n'y a pas de signes d'anémie et les selles sont normales.

B - Radiographie

Sur une image lacunaire avec niche de la portion transversale de l'estomac, antérieurement, un traitement anti-ulcéreux avait été instauré sans succès.

De nouveaux clichés faits le 9 décembre 1958, permettent de mettre en évidence une image lacunaire de l'angulus à contours nets et réguliers et dont l'intérieur paraît plurilobé. Cette image occupe la plus grande partie de l'antrum en décubitus ventral.

Le pyllore, la zone pré-pylorique, la petite courbure verticale sont indemnes.

Les contours gastriques sont conservés même au niveau de la lacune.

L'estomac est mobile et l'aire duodénale n'est pas agrandie.

C - Gastroscopie

Volumineuse tumeur non ulcérée, à surface grainetée, ne saignant pas, en plein antrum, en position Nord-Ouest.

D - Anatomie pathologique

Tumeur pédiculée, de siège antral, volumineuse.

- Histologie : (Docteur GUIBERT)

" Tumeur villositaire sans histologie ou cytologie de transformation maligne. Pédicule, axes vasculaires et villosités sont in-

demmes. Il y a quelques cellules inflammatoires dans les axes conjonctivo-vasculaires ". Ganglions normaux.

E - Traitement

Gastrectomie facile par suite de l'absence complète d'adhérences.

OBSERVATION XV

J. MAGENDIE - J. LEUG - Levy CASTAING - DESPRUNTERES -
G. LASSALLE - A. PLANER et la COUARDE.

" Tumeur villeuse dégénérée de l'estomac chez un insuffisant respiratoire grave - Opération sous trachéotomie ".

Compte-rendu de la Société de chirurgie de Bordeaux du 18 mai 1961,
dans la Presse médicale 1961 - page 1 627.

Homme de 68 ans, emphysémateux grave.

A - Clinique

Syndrome d'anémie hypochrome sévère chez un obèse emphysémateux.

B - Radiographie

Tumeur diffuse de la petite courbure avec une grosse masse ronde, pédiculée de cinq à six centimètres, de siège sus cardiaque au pôle supérieur de l'estomac.

C - Anatomie pathologique

Histologiquement, c'est une tumeur villeuse dégénérée. Elle est molle et diffuse, à implantation pédiculée.

D - Traitement

Exérèse localisée simple étant donné le mauvais état respiratoire.

OBSERVATION XVI

Ch. DEBRAY - L. BARSAMIAN - F. CERF - Cl. MARCHE -
B. GOUIN - P. HOUSSET - V. BISMUTH.

" Gastropathie exsudative avec hypoprotidémie par tumeur maligne de structure vilieuse ".

Etude artériographique. Guérison par gastrectomie.

Madame LON..... 56 ans, adressée pour hypoprotidémie.

A - Clinique

Début marqué par un amaigrissement, puis 5 mois avant l'hospitalisation sont apparus des oedèmes, mous, prenant le godet, siégeant aux membres inférieurs, sur le dos des mains et la face.

Il n'y a pas de troubles du transit, ni trouble cardio-respiratoire, ni urinaire. Pas de fièvre.

L'enquête étiologique est négative :

- sur le plan cardio-vasculaire tout est normal
- l'appareil urinaire est intact
- l'exploration clinique et biologique du foie est également normale.

.../...

B - Biologiquement

Il existe une hypoprotidémie considérable à 38 g/l avec 12 g/l seulement d'albumine.

Cette atteinte des protides est isolée.

C - Radiologie

montre dans le corps gastrique deux volumineuses images lacunaires des dimensions d'une mandarine de type " radiologique bénin ". L'une amputait la grande courbure verticale et l'autre la grande courbure angulaire.

D - En gastroscopie (Docteur HOUSSET)

une seule image est vue. C'est une volumineuse tumeur de la paroi postérieure donnant une sécrétion muqueuse très importante, saignant un peu au contact.

Une biopsie muqueuse gastrique, bien que faite à l'aveugle, permet de prélever un fragment de tumeur. Celle ci est manifestement maligne.

E - Une artériographie sélective montre remarquablement dans la clarté gazeuse de l'estomac insufflé les deux tumeurs.

Elles ont toutes deux la même texture artériographique : régulières dans leur bord, homogènes dans leur masse, elles portent une sorte de hile vasculaire indiquant qu'elles sont presque pédiculées. Le retour veineux est très précoce, dès la 2ème seconde, indiquant un court circuit. Artère et veine gastro-épiploïques droites sont très volumineuses. L'étude du calibre de l'artère montre que presque tout le sang de ce vaisseau aboutit aux deux tumeurs. Les veines sont elles aussi énormes, au hile de la tumeur inférieure, elles tombent en pluie, au nombre de 5, vers la veine gastro-épiploïque droite.

F - L'intervention (Docteur MASSIOT - Service du Docteur NARDI)

découvre deux tumeurs molles hypersécrétantes. Pas de métastases.

Gastrectomie subtotale avec anastomose gastro-jéjunale.

Sur la pièce de gastrectomie, les deux tumeurs sont identiques, molles avec une surface hérissée de villosités.

Histologiquement, les tumeurs ont le même aspect : celui d'un épithélioma glandulaire différencié de structure villoseuse.

.../...

G - Après la gastrectomie, l'évolution est remarquable.

Dès le lendemain de l'intervention, on assiste à la disparition des oedèmes qui avaient résisté à tous les traitements, en particulier à quatre transfusions. Celles ci avaient seulement fait remonter les protides à 52 g au moment de l'opération.

Le cinquième jour après l'intervention, la protidémie est redevenue normale à 64 g/l et va y rester.

ETUDE CLINIQUE

-:-:-

I - ETIOLOGIE

Le sexe des malades ne semble jouer aucun rôle. Nous trouvons personnellement 11 hommes pour 5 femmes seulement.

Par contre, il semble que le maximum de fréquence par rapport à l'âge se situe au delà de 50 ans, soit 11 cas sur 16 en ce qui nous concerne.

MARRE et WALK trouvent également la même fréquence à ces âges en notant cependant une exception : malade de 38 ans, cité par Walk.

II - CLINIQUE

Il est à noter en tout premier lieu la grande latence clinique de ces tumeurs villeuses de l'estomac. Elles sont souvent découvertes fortuitement, soit que le malade soit venu consulter pour tout

autre chose, soit que ce soit même une découverte d'autopsie.

Essayons malgré tout, à la lumière de nos observations, d'énumérer quelques signes cliniques susceptibles non pas d'affirmer le diagnostic mais de l'orienter et ainsi de faire pratiquer des examens complémentaires qui eux confirmeront le diagnostic.

a) Lorsqu'il s'agit d'une symptomatologie digestive, elle est des plus banales : quelquefois de simples pesanteurs gastriques ou des digestions lentes, ailleurs des brûlures d'estomac ou des douleurs pouvant faire évoquer un épisode ulcéreux. Ailleurs enfin, ce sera un syndrome de sténose intermittente du pylore.

b) Parmi les signes fonctionnels, l'anorexie comme le cite MARRE est assez souvent rencontrée, bien qu'inconstante et en particulier elle n'accompagne pas toujours un amaigrissement pouvant être très marqué. Dans un cas rapporté par MONGES et DEPIEDS, il y avait un amaigrissement de 18 kilos. L'asthénie est également assez fréquente et notée dans de nombreuses observations.

c) Mais le signe le plus constant est la pâleur. Cette pâleur s'accompagne le plus souvent d'une anémie hypochrome, hyposidérémique. Cette anémie est due à une spoliation sanguine sinon toujours évidente, hématomèse et méloena, du moins occulte.

D'après MARRE cette anémie était due plus à l'achlorhydrie quasi constante qu'à la perte d'hématies par hémorragies. Ce n'est pas l'avis de WALK qui considère le facteur mécanique d'hémorragie comme

prépondérant.

Il semble bien que ceci soit exact mais il faut néanmoins noter certains cas d'anémie sévère sans aucune hémorragie extériorisée

d) D'autres signes sont beaucoup plus inconstants pour ne pas dire rares : les vomissements n'ont pas ce caractère hautement évocateur de vomissements glaireux noté par MARRE. On trouve rarement une sensibilité épigastrique ou encore des renvois non acides pouvant être dûs à une authentique sténose du pylore intermittente.

e) Les signes physiques sont généralement absents et la tumeur abdominale palpable n'a été notée que dans l'observation de DAVIDOVITCH - POPOVITCH et PETKOVITCH en 1938, dans l'observation V de MARRE et enfin chez un malade de BOTTICHES en 1925 cité par WALK.

Les adénopathies superficielles sont rarissimes et l'on ne note pas de ganglion de troisier.

III - SIGNES BIOLOGIQUES

Trois recherches permettront d'orienter le diagnostic.

a) La numération formule sanguine qui comme nous l'avons déjà vu, mettra souvent en évidence une anémie nette, inférieure à 3 500 000 hématies.

b) Le tubage gastrique pour évaluation du chimisme qui montrera une achlorhydrie presque constante. Signalons ici que WALK

trouve 95% d'achylie, ce qui correspond aux données de MARRE, bien que l'étude du premier auteur ne porte pas exclusivement sur des cancers villeux, ou même sur des formes en voie de dégénérescence.

c) Enfin l'hypoprotidémie fréquente, due à l'importance de l'exsudation gastrique, signalée dans l'observation de Messieurs DEBRAY, CERF, BARSAMIAN, MARCHE, GOUIN, HOUSSET et BISMUTH et retrouvée dans notre propre observation.

IV - ETUDE RADIOLOGIQUE

Par leur aspect radiologique les tumeurs villeuses gastriques sont souvent trompeuses. L'image fait très souvent évoquer le diagnostic de tumeur gastrique bénigne, au moins dans les formes pédiculées.

En effet, on voit très souvent une lacune à bords assez nets, de grande taille. Plus rarement, les bords sont flous et dégradés, donnant parfois une image en " mousse de savon ". Cette lacune nettement limitée habituellement présente un aspect assez évocateur, polycyclique et polylobé, non seulement en ce qui concerne les limites externes, mais pour la surface même de la lacune. Cet aspect de lacune polycyclique à contours nets serait le plus caractéristique pour GUTMAN.

Il est extrêmement rare que l'on voit les digitations sur les clichés, ce qui naturellement ferait envisager d'emblée un

diagnostic de tumeur végétante, et, même si l'image est nette, de tumeur villeuse. Cet aspect frangé des contours se retrouve en particulier dans une observation ci-avant décrite concernant une tumeur bénigne. Dans une autre, l'image paraissait finement imprégnée de débris barytés sous compression. Il s'agissait ici d'une tumeur villeuse dégénérée. Cette image simulant par ses limites nettes une tumeur bénigne, se trouvait dans d'autres observations qui se rapportaient toutes à des formes dégénérées.

Le point sur lequel il faut insister particulièrement est l'opposition entre la surface de cette lacune volumineuse et la souplesse intacte des parois gastriques au voisinage. Il est cependant fréquent de noter une légère raideur localisée, n'altérant que peu ou pas la contractibilité gastrique. Mais il faut encore insister sur cette souplesse des parois, dont les bords peuvent même à l'extrême se superposer, en restant visibles, à l'image lacunaire.

Pour terminer sur les caractères radiologiques, disons qu'il n'y a pas d'image radiologique de tumeur villeuse très évocatrice. Cependant, la souplesse des parois voisinant avec une lacune peut y faire penser.

Ainsi ayant avant tout le mérite de la découverte et de la localisation d'une formation tumorale végétante, l'exploration radiologique conduira à la

V - GASTROSCOPIE

Nous avons ici quelques observations récentes permettant de se faire une idée de la valeur de cet examen dans le diagnostic de

tumeur vilieuse gastrique, ce qui avait été impossible jusqu'à maintenant.

En ce qui concerne notre propre cas, la gastroscopie avait permis de soulever l'hypothèse de tumeur bénigne gastrique.

- GOUDART, NEGRE et VERHNET : cet examen ayant permis de mettre en évidence certains caractères particuliers mais non d'affirmer sa nature vilieuse.

- SEVEQUE et CHATELIN : où l'on peut affirmer la tumeur vilieuse mais non sa forme histologique.

- GOUDART, NEGRE et LOUBATIERES : la gastroscopie associée à la gastrobiopsie dirigée permet ici de porter un diagnostic certain de tumeur vilieuse en voie de dégénérescence.

- HILLEMAND et LEYMARIOR ont pu voir ainsi une ulcération néoplasique du pilier antérieur de l'antra associée à un bourgeon d'allure bénigne de l'autre versant de ce même pilier. Il s'agissait ici d'une très petite tumeur vilieuse en voie de dégénérescence.

- BAUMEL : dans ce cas on a vu un aspect assez typique de tumeur vilieuse, d'ailleurs bénigne.

La simple gastroscopie ne permet pas d'affirmer le type histologique de la tumeur, même quand l'examen est parfaitement réussi.

Cependant la gastrobiopsie, sans jamais pouvoir garantir la bénignité pourra au moins apporter un diagnostic de malignité préopératoire : procédé infiniment supérieur à la biopsie extemporanée.

L'examen gastrosopique a permis dans plusieurs cas de noter l'existence d'un exsudat cr meux, glaireux, qui serait assez caractéristique, recouvrant et dissimulant la surface de la tumeur, comme cela se produit au niveau des tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes.

VI - ETUDE ARTERIOGRAPHIQUE

a l'intérêt de mettre en évidence avec une particulière netteté, les tumeurs villeuses gastriques dans la clarté gazeuse de l'estomac rempli d'air.

Leur vascularisation est riche mais non anarchique. Au temps parenchymateux, les tumeurs sont très homogènes. Le retour veineux précoce.

Il faut noter d'autre part que l'artériographie montre l'intégrité de la paroi gastrique.

Enfin, il faut souligner un point important : le volume considérable des vaisseaux nourriciers. Ceci est habituel quand les tumeurs ont un certain volume et sont le siège d'un court circuit

artério-veineux, comme si cette fuite du sang de l'artère vers la veine appelait une augmentation de débit sanguin, c'est à dire une augmentation de calibre de l'artère et de la veine.

Nous avons donc vu que ni la clinique, ni la radiologie n'apportent d'éléments précis, définitifs pour le diagnostic, puisque comme le souligne le Docteur HILLEMANT " il n'y a pas de syndrome radio clinique caractéristique ".

C'est donc par les caractères anatomiques définissant précisément la tumeur villeuse gastrique que l'on pourra affirmer ce diagnostic.

VII - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A - Macroscopiquement

Si nous considérons d'abord le siège de ces tumeurs, nous les trouverons surtout au niveau de l'antré et de la petite courbure. Cependant, ce n'est pas une règle absolue et l'on peut en trouver dans la grosse tubérosité et la zone sous cardiale.

Il ne semble pas y avoir de relation entre le caractère bénin de ces tumeurs et leur siège d'implantation.

WALK dans son étude et MARRE dans sa thèse ont également trouvé une prédominance dans la zone antrale.

D'après MARRE ces tumeurs sont plus souvent sessiles que pédiculées. Or si l'on reprend la littérature, on s'aperçoit qu'il existe une large prédominance des formes pédiculées.

GUIRIEC dans sa thèse rapporte que son observation personnelle relatait une tumeur villeuse étendue, en nappe, variété qui semble fort rare. De plus ces tumeurs en nappe semblent avoir un caractère bénin encore beaucoup plus exceptionnel que les formes pédiculées ou même sessiles limitées.

Enfin la tumeur elle même se présente souvent comme une masse volumineuse, à la surface caractéristique " en chou fleur ", en " anémone de mer ", de couleur plus rouge que la paroi saine. Elle est généralement molle et douce au toucher, n'infiltrant pas la paroi environnante qui demeure souple. Tout ceci explique la grande mobilité de ces néoformations qui peuvent, comme les tumeurs pédiculées basses en général, s'invaginer dans le duodénum. Ajoutons qu'elles peuvent être multiples et siéger dans des régions différentes.

Nous voudrions terminer sur l'aspect macroscopique de ces tumeurs en notant quelques associations curieuses :

- soit tumeur villeuse plus cancer comme dans l'observation de MOUCHET, DEBRAY, DUPERRAT, la tumeur villeuse étant ici bénigne,

- soit tumeur villeuse plus ulcère gastrique comme dans la publication de PASSIO en 1954. Ceci semble d'ailleurs beaucoup moins intéressant.

B - Microscopiquement

La classification actuelle des tumeurs villeuses est confuse.

On y trouve décrites des formes villeuses typiques, des formes adénomato et polypovilleuses.

Les tumeurs villeuses typiques donnent des aspects pseudoadénomateux ou pseudopolypeux dûs uniquement à l'incidence des coupes sur les villosités.

Les villosités sont formées d'un axe conjonctivo-vasculaire, à la fois nourricier et organe de soutien. Chaque axe est limité par une seule assise de cellules épithéliales normales mais hypertrophiées et disposées en palissade : leur pouvoir mucigène est accru, leur noyau basal

L'extrémité distale des villosités est libre, leur base se continue avec le chorion, les cellules tumorales qui les bordent font suite sans transition à l'épithélium muqueux normal.

Les coupes parallèles des villosités donnent cet aspect typique..

Enchevêtrées, quelques unes sont coupées plus ou moins obliquement, d'autres transversalement. Certaines de ce fait, forment des franges plus ou moins isolées qui paraissent être indépendantes du reste de la tumeur.

D'autres se situent à l'intérieur même des axes conjonctivo vasculaires où elles forment des îlots irréguliers de nombre, de volume et d'aspect variable. Sur toutes on retrouve toujours un axe

central limité par une assise de cellules épithéliales. Ces images sont souvent prises pour des résidus glandulaires ; elles ont fait décrire des formes adénomatovilleuses et polypovilleuses.

Toute tumeur villeuse évolue fatalement vers la dégénérescence cancéreuse : c'est une manifestation précancéreuse.

La cancérisation débute par un trouble de la chromatophilie des cellules épithéliales ; leur aspect palissade disparaît à la suite de leur prolifération anarchique. Elles perdent leur pouvoir mucigène. Leur affinité pour les colorants augmente, leurs noyaux s'hypertrophient, se déforment, deviennent monstrueux. Ils sont le siège de nombreuses mitoses et amitoses, leur protoplasme devient basophile. Peu à peu les extrémités distales des villosités s'agglomèrent entre elles par suite de la prolifération désordonnée des cellules épithéliales, les axes conjonctivo-vasculaires sont envahis par des masses de cellules cancéreuses qui donnent des cancers typiques ou atypiques.

Tant que la cancérisation reste partielle on trouve à côté de portions dégénérées des parties restées au stade bénin.

C'est ce qui a incité divers auteurs tels que CHARRIER, GUTMAN et BERTRAND, DAVIDOVITCH et ses collaborateurs, à penser qu'il existait des tumeurs villeuses d'emblée cancéreuses. C'est là une erreur. Il n'est d'ailleurs que de lire leur description histologique pour s'en rendre compte : à côté des lésions cancéreuses, il est toujours trouvé des portions indemmes de toute malignité. Si vraiment il s'agissait d'un cancer primitif, comment expliquerait-on la présence

simultanée sur la même tumeur et dans des zones éloignées les unes des autres, de lésions cancéreuses et de lésions villeuses pures ?

Inutile de compliquer et d'embrouiller le chapitre des tumeurs villeuses alors que tout le monde sait que toute tumeur villeuse qui évolue librement est fatalement vouée à la cancérisation secondaire. D'ailleurs NEGRE et GOUDART, FASSIO et d'autres auteurs ont prouvé l'existence de tumeurs villeuses rectales non dégénérées. Ces conclusions s'appliquent intégralement aux tumeurs villeuses gastriques.

PROMOSTIC ET INDICATION THERAPEUTIQUE

-:-:-:-:-

La tumeur villeuse gastrique se présente comme une " très mauvaise tumeur bénigne plus que comme un bon cancer ".

Si on la considère comme une tumeur bénigne, au moins à ses débuts, il paraît inévitable qu'elle dégénère. Rappelons ici l'observation du Professeur agrégé LOYGUE, où nous voyons une malade opérée en 1955 pour une tumeur villeuse semblant bénigne, présenter des métastases diffuses à la réintervention en 1960

Dans les formes dégénérées, tout le monde a insisté sur la rareté des métastases, la lenteur de l'évolution, le peu d'extension locale, permettant généralement de porter un pronostic assez favorable. Comment faut-il donc intervenir ?

En étudiant les traitements proposés dans les différentes observations, nous décomptons :

- trois gastrectomies totales
- dix gastrectomies subtotaux généralement aux 2/3 type

PEAN.

.../...

- une résection segmentaire mais le mauvais état général du malade a empêché de pratiquer la gastrectomie des 2/3 qui aurait été nécessaire.

- trois résections simples de la tumeur avec son pédicule.

Bien qu'il n'y ait pas de geste thérapeutique de routine, il semble bien que la gastrectomie des 2/3 soit l'indication habituelle.

Il est certain qu'étant donné le haut potentiel dégénératif des tumeurs villoses, il vaut mieux intervenir largement quand on le peut pour éviter une réintervention sur un sujet débilité et fragile.

L'exérèse totale de l'estomac n'est qu'une indication de nécessité, soit par suite de l'extension locale de la tumeur, soit parce qu'il s'agit de formes multiples ou associées.

La résection simple semble à déconseiller, même lorsqu'il s'agit d'une forme évidemment bénigne et il vaudra mieux dans ces cas, recourir à des amputations segmentaires assez peu mutilantes et certainement meilleures pour l'avenir.

Enfin dans certains cas, lorsque le siège le permet, on a recours à des interventions localisées : polaire supérieure cunéiforme partielle ou médiogastrique comme dans le cas de JOYEUX en 1947.

Disons pour terminer que le mieux est de recourir à la gastrectomie des 2/3.

CONCLUSIONS

-:-:-:-

Les tumeurs villoses gastriques sont rares, mais l'attention ayant été attirée sur elles, les observations se font plus nombreuses et surtout on commence à avoir des pièces opératoires de tumeurs villoses bénignes.

1° - Cliniquement elles restent très longtemps latentes.

Leur symptomatologie est fruste et polymorphe :

- le plus souvent simple altération de l'état général
- signes fonctionnels digestifs inconstants et non caractéristiques
- la pâleur est fréquente ; elle est due à une anémie de type hypochrome
- une accentuation nette et subite des signes cliniques doit faire redouter une transformation maligne.

En ce qui concerne notre observation, nous avons noté outre l'altération de l'état général, des nausées et des vomissements alimentaires.

.../...

2° - L'aspect radiologique est frappant par le contraste que l'on note entre une lacune souvent volumineuse et des parois gastriques souples, que l'on peut parfois suivre sur la surface lacunaire elle même, ce qui était le cas dans notre observation.

3° - La gastroscopie permet, seulement dans certains cas, de noter le caractère vilieux de la tumeur ; seule une gastrobiopsie dirigée positive, autorisera à affirmer la malignité avant toute intervention, mais non la bénignité.

Dans notre observation, le Docteur PAUGAM que nous remercions ici, avait conclu à la possibilité d'une tumeur bénigne.

4° - Il n'est pas possible sur les données artériographiques d'affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur, mais l'angiographie permet, dans une certaine mesure, de juger de l'envahissement local.

5° - Par son aspect macroscopique, cette grosse tumeur mobile, hypersécrétante est suffisamment évocatrice dans sa forme typique.

.../...

6° - La frange villeuse en est l'élément caractéristique du point de vue histologique ; les métastases ganglionnaires et viscérales sont rares dans les formes dégénérées elles mêmes.

Dans notre observation, une biopsie de foie n'avait montré qu'un aspect de cirrhose ; malgré tout, l'électro-encéphalogramme montrait des bouffées d'ondes lentes tantôt droites, tantôt gauches, traduisant la présence probable de métastases cérébrales que nous n'avons pu vérifier bien malgré nous.

L'évolution, bien que très lente, se faisant vers la cancérisation, il conviendra toujours d'opérer par gastrectomie. Le plus souvent, la gastrectomie partielle sera suffisante puisque la région antrale et la petite courbure sont le siège électif de ces tumeurs.

VU

et PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR
DE L'ACADÉMIE DE PARIS

Vu le Président



Le Doyen Honorable
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

S. L...

[Signature]

Mallet.

BIBLIOGRAPHIE

-:-:-:-

1 - CORNIL

Notes sur deux observations de polypes muqueux de l'estomac
Gazette de Hôpitaux de Paris 37 - 77-79 (1864).

2 - ALINE

Adenopapinoma ventriculi upsala. Läkeref förh 19 - 177-
181 (1884).

3 - HEINZ

Über polyposis ventriculi - Beitr zur Klinisch 93 - 228-
250 (1914).

4 - BRUNN et HEARL F.

Diffuse gastric polyposis - Adenopapillimatosi gastrica -
Surg, gynaud, obst. 43 - 559-598 - (1926).

5 - CALO A.

Contribution à l'étude des polyadénomes gastriques - Archi-
ves des maladies de l'appareil digestif 24 - 235-273 (1934).

.../...

6 - RIVIÈRE V.

Adénome gastrique et dégénérescence maligne - Thèse d'Alger 1934.

7 - BRULE, CAIN, MOULONGUET, HILLEMANT et AUBRUN

Les tumeurs villeuses de l'estomac - La Presse médicale n° 24 - 21 mars 1936.

8 - CAIN et CATTAN

Etude d'un cas de tumeur villeuse de l'estomac - Archives des maladies de l'appareil digestif 27 n° 10 - 1 009-1 024 en 1937.

9 - CHARRIER, GUTMAN et BERTRAND

Un cas de tumeur villeuse de l'estomac - Archives des maladies de l'appareil digestif 28 - n° 9 - 998-1 001 (1938).

10 - DAVIDOVITCH, POPOVITCH et PETKOVITCH

Tumeurs villeuses de l'estomac - Archives des maladies de l'appareil digestif 30 n° 1 - 2 - 10 - 24 (1941)

11 - MARRE

Contribution à l'étude des tumeurs villeuses de l'estomac Thèse de Paris (1942).

12 - MOULONGUET P.

Tumeurs villeuses de l'estomac - Archives des maladies de l'appareil digestif 244-248 (1942).

13 - RACHET, BUSSON, MORIN et REY

A propos d'un cas de cancer villeux de l'estomac - Archives des maladies de l'appareil digestif 231-233 (1946).

14 - JOYEUX R.

Anémie grave par tumeur villeuse médiogastrique en voie de dégénérescence maligne. Mémoires de l'académie de chirurgie 2^e-30 en 1947.

15 - LE GAC P.

Un cas de tumeur villeuse de l'estomac traité par gastrectomie totale. Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris 184-186 (1948).

16 - MOUCHET, DEBRAY, DUPEYRAT

Tumeur villeuse bénigne de l'estomac chez un sujet porteur d'un néoplasme médiogastrique - Archives des maladies de l'appareil digestif 266-273 (1949).

17 - BERT P.

Tumeur villeuse de l'estomac - Acta chirurgica Belga 49
902-905 (1950).

18 - WALK

Villous tumours of the stomach - Clinical review and re-
port of two cases A.M.A - Arch. of Int. Med. 87 560-569 (Avril
1951).

19 - MONGES J. - MONGES H. et DEPIEDS R.

Tumeur villeuse bénigne de l'antré associée à un cancer
de la grosse tubérosité. Archives des maladies de l'appareil diges-
tif 250-254 (1951).

20 - DELORD P.

Un cas de tumeur villeuse gastrique - Archives des mala-
dies de l'appareil digestif 1044-1046 (1951).

21 - LEGER L. et KANONIF

Tumeur villeuse de l'estomac ; le dilemme des tumeurs
pédiculées du tractus digestif - Archives des maladies de l'appareil
digestif 42 n° 9 - 10 (1953).

22 - FASSIO

Tumeur vilieuse de l'antre associée à un ulcère de la face postérieure - Archives des maladies de l'appareil digestif 1 009 en 1954.

23 - NEGRE, GOUDART et VERHNET

Tumeur vilieuse gastrique bénigne - Montpellier chirurgical n° 10 19-25 (1956).

24 - SENEQUE et CHATELIN

Tumeur vilieuse dégénérée de l'estomac - Journal de chirurgie 221-230 (1957).

25 - GOUDART, NEGRE et LOUBATIERES

Tumeur vilieuse en voie de dégénérescence étroitement localisée ; diagnostic pré-opératoire par gastrobiopsie dirigée - Archives des maladies de l'appareil digestif n° 1 36-43 (1957).

26 - POULAIN

Tumeur vilieuse de l'estomac - La Presse médicale n° 37 en 1958.

27 - HILLEMAND P. et LEYMARIOS J.

A propos d'un cas de tumeur vilieuse de l'estomac - Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris 75 - 91-101 (1959).

28 - MOLINIER et GRAU

Tumeur villeuse gastrique avec métastases ganglionnaires et hépatiques. Guérison apparente 3 ans 1/2 après gastrectomie - Bulletin de la société médicale des Hôpitaux de Paris 170-172 (1959).

29 - BAUMEL J.

Sur un cas de tumeur villeuse bénigne - Archives des maladies de l'appareil digestif 1 711 (1960 en décembre).

30 - GUIRIEC A.

Sur un cas de tumeur villeuse de l'estomac - Thèse de Paris 1962.

